

# LE MYXOME DE LA CORNÉE

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 juin 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Antoine SAINTPIERRE**

*Ne le 9 Juillet 1895 à Nantua (Ain)*



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIER

3, rue Stella

—  
1923



# **LE MYXOME de la CORNÉE**



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-23 — N° 122

---

# LE MYXOME DE LA CORNÉE

---

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 25 juin 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Antoine SAINTPIERRE**

*Ne le 9 Juillet 1895 à Nantua (Ain)*



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIER

3, rue Stella

—  
1923

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. HUGOUNENQ  
Doyen. .... J. LEPINE.  
Assesseur..... ROQUE.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,  
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.)

## PROFESSEURS

|                                                      |                 |
|------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales .....                            | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales .....                        | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....          | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique .....                       | TIXIER.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..    | BERARD.         |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....          | COMMANDEUR.     |
| Clinique des maladies des enfants.....               | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des femmes.....                | NICOLAS.        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....              | LEPINE (J.).    |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....       | WEILL.          |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....  | POLLOSSON (A.). |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie    | LANNOIS.        |
| Chimie biologique et médicale.....                   | ROCHET.         |
| Chimie organique et Toxicologie.....                 | NOVE-JOSSERAND, |
| Matière médicale et Botanique.....                   | CLUZET.         |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....    | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie .....                                       | MOREL.          |
| Histologie.....                                      | BRETIN.         |
| Physiologie .....                                    | GUIART.         |
| Pathologie interne .....                             | LATARJET,       |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....           | POLICARD        |
| Anatomie pathologique .....                          | BOYON.          |
| Chirurgie opératoire.....                            | COLLET.         |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie. | MOURIQUAND,     |
| Médecine légale .....                                | PAVIOT.         |
| Hygiène .....                                        | VILLARD,        |
| Thérapeutique .....                                  | ARLOING (F.).   |
| Pharmacologie .....                                  | ETIENNE MARTIN. |
|                                                      | COURMONT (P ).  |
|                                                      | PIC             |
|                                                      | MOREAU.         |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | VALLAS.   |
| — — Propédeutique de gynécologie..           | CONDAMIN. |
| — — Chimie minérale .....                    | BARRAL.   |
| — — Urologie.....                            | GAYET.    |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                                    |            |
|----------------------------------------------------|------------|
| Anatomie topographique.....                        | PATEL,     |
| Embryologie .....                                  | GRAVIER.   |
| Orthopédie .....                                   | LAROYENNE. |
| Puériculture et hygiène de la première enfance.... | CHATIN.    |
| Stomatologie.....                                  | TELLIER.   |

## AGRÉGÉS

| MM.            | MM.           | MM.            | MM.              |
|----------------|---------------|----------------|------------------|
| NOGIER.        | SAVY.         | TRILLAT.       | ROUBIER.         |
| LERICHE.       | FROMENT.      | SARVONAT.      | FAVRE.           |
| THEVENOT Léon. | THEVENOT Luc. | FLORENCE (G.). | BONNET.          |
| TAVERNIER.     | PIERY.        | ROCHAIX.       | NOEL, chargé des |
| CADE.          | COTTE.        | CORDIER.       | fonctions.       |
| GARIN.         | DUROUX.       |                |                  |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, *Président*; MM. NICOLAS, LERICHE et ROUBIER, *Agrégés*

*La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

A MON PÈRE

Bien faible témoignage de  
ma profonde affection.

A MA MÈRE

« In memoriam »

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA FAMILLE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES CAMARADES TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

A MES MAITRES  
DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Professeur de Clinique ophtalmologique*

*à la Faculté de Médecine de Lyon*

*Chirurgien de l'Hôtel-Dieu*

*Officier de la Légion d'honneur*

Qui a bien voulu nous indiquer le sujet de notre thèse et qui nous a fait le très grand honneur d'en accepter la présidence. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUSSY

Qui nous a si aimablement guidé dans notre travail et qui nous a communiqué des documents intéressants et inédits sur le sujet de cette étude. Nous le prions d'agréer nos bien vifs remerciements.

A MES JUGES

# LE MYXOME DE LA CORNÉE

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Aperçu sur le myxome en général

---

D'après la définition classique, le myxome est une tumeur constituée uniquement par du tissu muqueux, c'est-à-dire par « une variété de tissu conjonctif remarquable par l'abondance et la consistance pâteuse de la matière amorphe interposée entre les éléments figurés, ceux-ci étant représentés surtout par des cellules conjonctives étoilées à prolongements multiples anastomosés entre eux. » (Lecène.)

Normalement ce tissu est surtout un tissu de l'embryon, chez qui il forme notamment la gélatine de Wharton du cordon ombilical.

Aussi le myxome est-il très rare si l'on réserve le nom de myxome à une tumeur constituée par le tissu spécial que nous venons de décrire. Comme ce tissu lui-même, le myxome présente généralement deux formes cellulaires : de grandes cellules stellaires anastomosées entre elles par leurs prolongements et de petites cellules rondes

au milieu d'un liquide muqueux traversé de réseaux vasculaires plus ou moins abondants.

Le développement anormal de ces vaisseaux fragiles, au milieu d'une substance intercellulaire presque fluide, dont le manque de consistance favorise leur rupture, forme ce que l'on appelle les myxomes hémorragiques ou télangiectasiques.

Plus fréquemment, les myxomes se combinent avec les autres formations tissulaires, donnant alors des lipomyxomes, des chondromyxomes, des myxosarcomes, des fibromyxomes, toutes tumeurs de malignité variable suivant les espèces.

Quoiqu'il en soit, les myxomes se rencontrent le plus souvent dans le tissu adipeux sous-cutané, notamment dans le tissu adipeux de la nuque, du dos, de la racine de la cuisse ; ils forment alors des tumeurs bien délimitées, indolentes, d'une consistance molle et presque fluctuante ; — dans le tissu muqueux, surtout dans la sous-muqueuse des fosses nasales (polypes muqueux du nez) ; — dans les gaines des nerfs, où ils refoulent et étalent les fibres nerveuses tout en respectant leurs fonctions.

On peut les observer aussi, mais plus rarement, dans les cloisons aponévrotiques, dans les muscles, dans certaines glandes (mammaires, salivaires, testiculaires).

Les myxomes peuvent-ils se développer aussi sur la cornée ?

On sait que le tissu propre de celle-ci, compris entre un épithélium et la membrane basale de Bowmann, en avant, la membrane de Descemet et un épithélium, en arrière, est constitué par des lames conjonctives superposées, entre lesquelles se trouvent des cellules conjonc-

tives qui se moulent dans les interstices des lames et les remplissent.

C'est dans ce tissu propre que prendraient naissance les myxomes de la cornée. Mais ceux-ci paraissent être si rares que certains auteurs sont même allés jusqu'à nier leur existence, tels que Wecker et Landolt, pour qui les canaux lymphatiques garnis de leur endothèle seraient simplement envahis par une néoplasie de voisinage.

---

## CHAPITRE II

---

### Le myxome de la cornée existe-t-il ?

---

Parmi les quelques cas de tumeurs signalés jusqu'aujourd'hui comme étant des myxomes cornéens, bien peu méritent vraiment de retenir l'attention.

Le premier fait a été rapporté par Adler en 1871, dans le « *Wiener medical Wochenschrift* », sous le titre de « *myxome accompagné de cavités kystiques sur la cornée* » (*Myxom auf der Hornhaut mit cystenartigen Hohlraumen*).

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui présentait sur le diamètre horizontal de la cornée de son globe oculaire, d'ailleurs normal, une tumeur trilobée de deux millimètres de diamètre, distante d'environ un millimètre et demi du bord cornéen. Cette tumeur, qui présentait de nombreux vaisseaux, était stationnaire depuis douze ans.

L'examen histologique qui en fut pratiqué par Wedl montra que « le parenchyme de la tumeur était formé par le tissu conjonctif » et qu'il n'y avait pas de cavités kystiques ni de tissu muqueux. Le tout semblait, en somme, être une néoformation du tissu connectif resté

à un degré embryonnaire et provenant de la couche mince de la conjonctive bulbaire.

Cette absence du tissu muqueux s'expliquerait, d'après Mitvalsky, par une insuffisance de l'examen histologique; et d'ailleurs, malgré cette insuffisance, Adler n'hésita pas à considérer le fait comme un véritable cas de myxome.

Néanmoins, la preuve histologique n'ayant pas été faite, l'observation d'Adler, quoique très intéressante, perd de sa valeur et ne saurait à elle seule suffire à prouver l'existence du myxome cornéen. Peut-être même, étant donné l'aspect clinique et la longue évolution de l'affection, ne s'agissait-il que d'une affection inflammatoire chronique de la cornée.

De son côté, en 1888, Barret a publié dans le *Médical Australian Journal* l'observation d'une double tumeur congénitale enveloppant la cornée et la sclérotique et qualifiée par lui de myxo-fibrome de la cornée; mais, dit Lagrange, « l'étude qui a été faite de ce cas ne permet nullement de le considérer comme un exemple de néoplasme cornéen ».

Simon, lui aussi, en 1892, a signalé un cas de tumeur cornéenne formant comme un petit cône néoplasique solidement implanté à la cornée. La tumeur s'était développée chez un homme dont l'œil, six ou huit ans auparavant, avait perdu la plus grande partie de sa cornée par une suppuration survenue à la suite d'une brûlure par de la chaux vive.

Large de neuf millimètres et épaisse de trois millimètres et demi, la tumeur présentait une surface postérieure formée par des débris de tissu cornéen, une surface anté-

rieure formée d'une couche de cellules épithéliales hypertrophiques ; la masse de la tumeur consistait, dans ses parties extérieures, en tissu fibrillaire, tandis que le centre, composé de tissu cellulaire irrégulier, renfermait des cavités remplies de tissu myxomateux.

Il s'agissait donc en réalité non pas d'un myxome pur, mais d'un fibrome myxomateux développé sur une cicatrice cornéenne.

Hirschberg et Ginsberg, en 1905, ont publié, dans le « *Centralblatt für praktische Augenheilkunde* », un cas de tumeur de la cornée.

Il s'agissait d'un enfant qui présentait une violente phlegmasie oculaire. La cornée était remplacée par un tissu de granulation.

L'examen anatomique du bulbe énucléé montra la présence d'une tumeur de la cornée constituée par un simple tissu de granulations avec des zones muqueuses et oedématisées. Les auteurs rapprochèrent cette tumeur du myxome de la cornée, alors qu'en réalité il s'agissait d'une tumeur granuleuse inflammatoire chez un sujet tuberculeux.

Il semble que le seul cas de myxome pur observé jusqu'aujourd'hui soit le suivant, publié par Mitvalsky, professeur agrégé à la Faculté de Prague, en 1894 :

#### OBSERVATION I

##### *Myxome pur de la cornée (MITVALSKY)*

Chez une femme de 26 ans devenue, dès l'enfance, borgne de l'œil gauche à la suite d'une kératite scrofuleuse, s'était développé un staphylome de la cornée qui, dix ans avant

l'observation, avait été opéré par l'ablation simple. Il en était résulté un aplatissement de la courbure cornéenne.

Depuis cette époque il n'y avait pas eu de changement, sinon la diminution de volume du globe. Puis, trois mois avant l'observation, la malade avait remarqué, au milieu de la cornée, la présence d'une tumeur polypeuse de la grosseur d'un pois, grandissant incessamment sans provoquer de gêne au début.

A l'examen, l'œil malade était aplati dans ses parties postérieures ; le grand diamètre était réduit à 8-9 millimètres ; la périphérie cornéenne était abondamment vascularisée, transparente. Au centre de la cornée on apercevait une « tumeur rougeâtre de la grosseur d'une cerise », dont le pédicule de quatre millimètres de diamètre était implanté à la surface cornéenne ; elle était molle, élastique, luisante, polie, pédiculée, lobuleuse, suspendue à la cornée comme un fruit, saillante en dehors de la fente palpébrale et agitée sans cesse par le battement des paupières.

L'œil était irrité, larmoyant, injecté et montrait des vaisseaux nombreux qui, partant de la conjonctive bulbaire, se continuaient dans les couches superficielles de la cornée pour aller rejoindre le tissu de la tumeur.

Parfois la tumeur augmentait de volume tandis qu'elle prenait une teinte d'un rouge foncé, presque livide ; elle présentait alors à son extrémité deux ou trois petites cavités kystiques bien développées contenant un liquide clair ; puis, après avoir laissé échapper un peu de ce liquide, la tumeur s'affaissait de nouveau et reprenait une teinte plus pâle.

Le diagnostic de Mitvalsky fut « myxome polypeux kystique de la cornée » et « la recherche histologique, dit l'auteur, confirma tout à fait le diagnostic ». Voici d'ailleurs le compte rendu de cette recherche :

*Examen histologique.* — « La cornée est d'une épaisseur d'un millimètre ; l'épithélium conjonctival dépasse partout le limbe cornéen ; on voit au-dessous un grand nombre de vaisseaux coupés ; l'épithélium cornéen, inaltéré, entoure la naissance de la tumeur et glisse le long du pédicule pour envelopper la tumeur entière.

« Celle-ci, par un faisceau de larges vaisseaux accompagnés de quelques fibres conjonctives, est liée à la couche épithéliale et à la membrane de Bowmann, et nous ne trouvons que sur un petit point, situé sous le bord nasal du pédicule, que la base cornéenne de la tumeur soit remplacée dans toute

l'épaisseur de la cornée par un tissu cicatriciel ; il s'agit évidemment ici de la cicatrice due à l'ablation du staphylome cornéen entreprise dix ans auparavant.

« Il semble que cette cicatrice fibreuse ait influencé d'une manière défavorable l'agrandissement de la naissance de la tumeur qui, une fois étendue jusqu'à ladite cicatrice, devait y trouver un obstacle à sa propagation ultérieure à l'égard de la surface cornéenne.

« La tumeur est greffée sur la cornée à la manière d'un champignon et nous voyons, dans son parenchyme, des cavités kystiques *simples ou confluentes* dont la plus grande partie se trouve à la surface de la tumeur ; deux de ces kystes sont percés. Les kystes semblent être creusés dans le parenchyme de la tumeur.

« La tumeur elle-même est formée de tissu muqueux pur comme nous le voyons représenté dans les manuels d'anatomie pathologique ; mais les fibres élastiques y manquent et les fibres conjonctives ne sont représentées qu'à la base d'implantation de la tumeur où elles longent, dans un nombre restreint, les vaisseaux en se perdant bientôt vers le corps même de la tumeur.

« Les cellules constituant la tumeur sont pour la plupart étoilées et anastomosées. Les autres sont bipolaires, allongées en fuseau. Toutes ces cellules sont mal colorées et forment un réseau fin dans lequel on voit des troncs de vaisseaux larges et les mailles des vaisseaux capillaires. Tous les interstices de ce tissu sont remplis d'une substance qui se présente sur nos préparations *finement granulée*, mais qui a dû être liquide à l'état vivant.

« Les vaisseaux sanguins sont très nombreux, leurs parois épaisses en général et leur tunique externe infiltrée de cellules lymphatiques qui partent des gaines vasculaires pour aboutir au tissu muqueux environnant. Les cellules lymphatiques montrent quelquefois les noyaux désagrégés. On ne voit jamais les cavités kystiques traversées par des vaisseaux sanguins lesquels forment plutôt de grands faisceaux adossés çà et là aux parois kystiques. On trouve beaucoup de troncs de vaisseaux directement sous l'épithélium, ce qui semble assez singulier.

« Les kystes de notre myxome sont des cavités creusées dans le parenchyme de la tumeur ; ils sont *simples ou confluentes* ; les parois de ceux-ci sont d'âge différent et on y peut, d'après leurs qualités, distinguer la date d'origine de leurs sinuosités différentes.

« Les *sinuosités les plus récentes* ne sont que de simples lacunes dans le tissu mou, muqueux, sans formation d'une paroi kystique proprement dite ; le tissu muqueux fait ici des saillies et des échancrures diverses vers la cavité kystique et ne se trouve que dans un état de dégénération hydro-pique. Il est évident qu'en ces endroits la dégénération kystique du myxome progresse ; les vaisseaux voisins ne semblent pas être visiblement altérés.

« En examinant les parois des sinuosités déjà plus anciennes, on les trouve formées d'un feutre dense provenant de la compression du tissu muqueux avoisinant, uni à l'exsudat fibrineux agglutiné à la paroi kystique ; le processus dégénératif du tissu ne progresse plus ici, la paroi kystique se montrant déjà plus résistante.

« Les *sinuosités les plus vieilles* ont les parois formées de tissu connectif fibreux dont la couche mince se présente ou stratifiée ou uniforme, en tous cas réfringente. Il va sans dire qu'il s'agit ici des parois d'un kyste stationnaire.

« Les *parois kystiques contingentes à la périphérie de la tumeur* se comportent comme suit par rapport à la surface du kyste : la paroi de celui-ci est amincie, réduite par places à une simple ligne brillante qu'on trouve conjointement avec la couche épithéliale rompue à l'endroit où la *perforation du kyste* a eu lieu.

« Le contenu des kystes consiste en des masses finement granulées — évidemment albumen coagulé — qui sont parcourues par un réseau fibrineux, à larges mailles, agglutiné à la paroi kystique. En outre, on y trouve mêlé du sang.

« L'*épithélium revêtant la surface de la tumeur* est d'origine cornéenne et ne diffère pas, en général, de son épithélium original, si ce n'est qu'il est d'une épaisseur variable et qu'il forme, par endroits, vers la surface du myxomè, des saillies émoussées d'où partent des formations papilliformes du tissu conjonctif de la tumeur lesquelles contiennent des vaisseaux assez larges. En quelques endroits, ces saillies épithéliales se joignent de telle sorte qu'on voit de gros vaisseaux presque nus entourés et enfermés dans la couche épithéliale. »

Après une telle observation clinique et une telle analyse histologique, il semble bien difficile de mettre en doute l'existence idiopathique du myxome cornéen.

Certes, comme l'objecte Morax, il y a lieu de remarquer que la cornée avait été atteinte de lésions dans l'enfance et qu'une résection partielle de la cornée avait été pratiquée. Mais cette objection doit-elle suffire pour nier l'existence des myxomes cornéens idiopathiques, tout en admettant celle des myxomes sur des cornées cicatrisées ?

Dans le cas présent, la cicatrice perforante de la cornée ne se trouvait pas au centre de la naissance de la tumeur mais sous son bord, et comme l'écrivait encore Mitvalsky : « Si une tumeur tire son origine d'une cicatrice et si elle dépasse celle-ci en gagnant la région voisine, il est vraisemblable que la cicatrice sera située au milieu de la base de la tumeur. Mais il n'en est pas ainsi dans notre cas. Il me semble qu'ici la tumeur a pris son origine à la surface cornéenne voisine de la cicatrice et qu'une fois étendue jusqu'à celle-ci, elle a été, au contraire, dans sa propagation ultérieure, entravée et arrêtée par le terrain cicatriciel défavorable. »

Il me semble donc bien qu'on se soit trouvé ici en présence d'un « véritable myxome cornéen idiopathique » ayant présenté dès le début les caractères d'un myxome type ; son apparition sur une cornée en même temps qu'une cicatrice perforante ne serait due, dès lors, qu'à un pur hasard.

Tels sont les divers faits qui ont été jusqu'à présent présentés comme étant des cas de myxome de la cornée.

Seul, nous semble-t-il, le fait signalé par Mitvalsky mérite quelque attention.

Nous rapporterons maintenant une observation due à l'obligeance de M. le Docteur Bussy, Chef de laboratoire à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet.

## OBSERVATION II

### *Myxome pur de la cornée. (Obs. inédite.)*

T... Eugène, 66 ans.

Aucun antécédent personnel ou héréditaire digne de remarque. Marié. Trois enfants bien portants.

En juin 1921, à la suite d'un traumatisme de l'œil (petit corps étranger ayant séjourné plusieurs jours dans la cornée), le sujet fait un petit ulcère de la cornée droite. L'ulcère siège à trois millimètres du limbe, sur le méridien de V heures. Il est peu profond et ses plus grandes dimensions n'ont jamais dépassé deux millimètres. Il est accompagné d'un petit hypopion.

On fait une injection sous-cutanée de lait, une injection sous-conjonctivale de bleu de méthylène et deux cautérisations légères à la teinture d'iode.

L'ulcère se cicatrise complètement en dix jours ; l'hypopion disparaît. La seule conséquence de la maladie est un petit leucome paracentral accompagné d'un peu d'astigmatisme irrégulier, le tout réduisant l'acuité visuelle à 1/3.

Jusqu'au mois de janvier 1922, l'état oculaire reste satisfaisant et la vision s'améliore même un peu.

Mais à partir de cette époque, le malade constate une baisse progressive de l'acuité visuelle de cet œil, baisse qui se fait lentement, sans rougeur, sans douleur, sans photophobie, sans aucun signe inflammatoire. En même temps, la cornée se trouble, devient blanchâtre et saillante.

Vers la fin de l'année 1922, l'acuité visuelle de cet œil est réduite à la seule perception lumineuse.

A cette époque, des crises douloureuses font leur apparition. Elles se caractérisent par une sensation de tension au niveau du globe oculaire et par des douleurs assez violentes au niveau des régions frontale et temporale droites. Pendant les crises l'œil est rouge, larmoyant, photophobe.

Ces crises, au début, sont espacées et durent peu ; mais leur répétition devient de plus en plus fréquente et oblige le malade à consulter son médecin.

Le 8 janvier 1923 on constate :

*Œil gauche* : œil sain dans tous ses éléments.

Acuité visuelle, égale 1.

*Œil droit* : aucun signe du côté des paupières.

Les voies lacrymales sont normales.

Le globe oculaire est mobile dans toutes les directions.

Les sinus frontaux, ethmoïdaux et maxillaires sont sains.

On ne note aucune lésion appréciable au niveau de la conjonctive.

La cornée est blanche dans toute son étendue, d'une blancheur mate, nacrée, et sillonnée, par places, de petits vaisseaux.

Sa surface est lisse, régulière et ne prend pas le bleu.

Elle forme une saillie notable et régulièrement arrondie, analogue à celle qui constitue le kératoglobe.

Elle est insensible et il est impossible de provoquer le réflexe cornéen.

Elle est d'une dureté cartilagineuse et ne se laisse pas déprimer par la pression d'un stylet.

Elle est complètement opaque et il est impossible d'éclairer le fond d'œil.

Il existe un cercle périkératique assez large, très pur.

La tension oculaire est élevée, mais la forme de la cornée ne permet pas de mesurer cette tension au Schiotz.

Acuité visuelle égale à 0.

L'absence de projection et les douleurs dues à l'hypertension et que ne calment ni la dionine, ni les myotiques, commandent une intervention :

L'iridectomie ou l'iridosclérectomie étant impossibles, à cause de l'état du segment antérieur, une sclérectomie équatoriale étant contre-indiquée par l'hypothèse d'une tumeur, on se résout à une énucléation qui est faite le 15 janvier 1923 sous anesthésie locale et sans incident.

*Examen anatomique.* — Globe oculaire fixé au Zenker. Inclusion à la celloïdine. Coupe totale antéropostérieure.

Coloration : hémateïne-éosine — hémateïne, picro-ponceau — fuschine acide, bleu de Mallory.

Tout le segment postérieur ne présente que des lésions minimales et secondaires à l'hypertension : applatissement de la choroïde, grosse excavation papillaire, atrophie optique.

Le cristallin est normal.

Le corps ciliaire et l'iris présentent un peu de sclérose discrète, surtout marquée au niveau du muscle ciliaire et du sphincter de l'iris.

Les seules lésions intéressantes siègent au niveau de la cornée :

Cette membrane présente une épaisseur extraordinaire. Sur une coupe antéropostérieure, elle affecte la forme d'une lentille biconvexe à courbures régulières et qui mesure au centre plus de douze millimètres d'épaisseur.

*L'épithélium antérieur* est partout bien conservé et représenté par ses trois couches de cellules dont la forme, les dimensions et les caractères cytologiques ne montrent rien d'anormal.

*La membrane de Bowmann* est intacte, sauf au niveau du leucome ancien où elle est augmentée d'épaisseur et un peu irrégulière.

*L'endothélium postérieur* montre sa rangée régulière de cellules qui prennent bien les colorants et qui ne présentent aucune altération.

*La membrane de Descemet* s'étend sans interruption et sans lésion aucune sur toute la face postérieure de la cornée.

*Le tissu propre de la cornée* présente, par contre, des modifications remarquables :

Alors que les lames cornéennes sont encore reconnaissables du voisinage du limbe ainsi qu'immédiatement sous les membranes de Bowmann et de Descemet, alors qu'en ces points elles ont conservé leur architecture normale, elles sont remplacées, au centre de la cornée, par un *gros bloc de tissu d'aspect très différent*.

Ce bloc de tissu est formé uniquement de *grandes cellules étoilées, anastomosées par leurs prolongements* et formant un réseau à mailles étroites. On ne trouve à ce niveau ni cellules inflammatoires, ni fibres conjonctives. Les mailles du réseau sont occupées par une *substance homogène* qui les remplit entièrement.

Ces cellules prennent mal les colorants. Elles ont tout à fait l'aspect des grandes cellules étoilées que Ranvier a décrites entre les lames de la cornée normale.

En aucun point il n'a été possible de déceler de karyokinèse.

Des *néovaisseaux* assez nombreux sillonnent la tumeur, mais sans présenter *nulle part de caractère télangiectasique*.

Il n'existe non plus aucune formation kystique.

En résumé, *myxome interstitiel* pur de la corneé, développé sur une cornée atteinte dix-huit mois auparavant d'un petit leucome superficiel, mais sans relation de cause ou de siège avec ce leucome.

Tels sont l'observation clinique et les résultats des recherches histologiques.

Nous l'avons dit : les myxomes purs de la cornée sont des affections tellement rares que tout fait présenté dans le but de conclure à leur existence idiopathique mérite une attention toute spéciale et une discussion serrée.

Dans le cas qu'a bien voulu nous signaler M. le Docteur Bussy, la cornée, bien avant l'apparition de la tumeur, avait été le siège d'une inflammation et devait dès lors, même après guérison, présenter une cicatrice, point de départ possible de la tumeur.

D'autre part, au lieu d'un myxome, ne pouvait-il pas s'agir d'une simple production inflammatoire plus ou moins œdématisée, ou d'une cicatrice œdématisée, ou même d'une tumeur autre qu'un myxome et, en vérité, bien plus fréquente que ce genre de néoplasme,,, un sarcome, un fibrome, une tumeur vasculaire, un tératome ?... toutes affections dont l'existence, quoique relativement rare, a plus d'une fois été mise en évidence.

Etudions donc les diverses objections que ces diverses hypothèses peuvent constituer contre l'existence vraie du myxome pur dans le cas qui nous intéresse.

1° *La cornée avait été le siège d'une inflammation.* — De fait, à la suite de l'ulcère provoqué par le séjour quelque peu prolongé du corps étranger dans la cornée du sujet, ulcère guéri par l'injection sous-cutanée de lait, par l'injection sous-conjonctivale de bleu de méthylène et par les cautérisations à la teinture d'iode, il s'était développé un petit leucome para-central.

Mais ce leucome était, en fait, d'une importance bien

minime. L'ulcère, à la faveur duquel il s'était développé, était très superficiel et nous avons vu que ses plus grandes dimensions n'avaient jamais dépassé deux millimètres ; d'autre part, il était périphérique. Enfin, ses seules conséquences furent un peu d'astigmatisme irrégulier et une diminution de l'acuité visuelle qui devint égale à  $1/3$ . D'ailleurs, dans la suite, la vision s'améliora un peu, en même temps que le leucome rétrocéda en quelques mois pour ne laisser qu'une cicatrice infime.

De sorte qu'il semblerait bien téméraire de vouloir faire de ce leucome ou de cette cicatrice le point de départ de la tumeur.

2° *La tumeur avait-elle l'aspect d'une simple production inflammatoire œdématisée ?* — Et d'abord, rien dans les antécédents du sujet ne permettait de penser qu'on se trouvait en présence d'un scrofuleux ou d'un syphilitique. Par ailleurs le sujet présentait un bon état général.

L'aspect macroscopique de l'œil et les symptômes observés ne pouvaient non plus faire songer à une kératite interstitielle ou à toute autre production inflammatoire. Encore moins l'aspect microscopique.

La cornée était, en effet, d'une épaisseur considérable (12 millimètres). L'épithélium antérieur, l'endothélium postérieur, la membrane de Descemet ne présentaient rien d'anormal. Seule, la membrane de Bowmann, au niveau du leucome ancien, était un peu irrégulière et un peu épaissie.

Certes, le parenchyme de la cornée présentait des troubles profonds dans ses diverses couches, mais nulle part

il n'était permis de constater la présence de cellules inflammatoires.

D'autre part, le liquide compris entre les mailles constituées par les anastomoses des cellules néoformées, n'avait pas les caractères d'une imbibition séreuse, mais bien d'une substance homogène qui, à l'analyse histochemique, donnait la réaction du mucus.

3° *Il ne s'agissait pas non plus d'une cicatrice œdématisée.* — Au niveau de la tumeur il n'existait pas de tissu cicatriciel. Partout, en dehors d'elle, l'architecture de la cornée était bien conservée et les lames cornéennes étaient intactes.

Quant au tissu de la tumeur proprement dite, la description que nous en avons faite suffit à nous montrer qu'il n'était point un tissu cicatriciel, mais bien un tissu dont les caractères néoplasiques étaient tellement nets qu'ils ne pouvaient être mis en doute.

Enfin, il n'y avait, comme nous l'avons déjà fait remarquer, aucune infiltration séreuse qui pût faire penser à un œdème.

4° *Restait l'hypothèse d'une tumeur autre qu'un myxome* et dont l'existence sur la cornée eût été déjà démontrée.

Mais là encore la confusion ne paraissait pas possible.

Tandis, en effet, qu'au voisinage du limbe et des membranes de Bowmann et de Descemet les lames cornéennes avaient une constitution et une disposition normales, au centre de la cornée, par contre, elles étaient remplacées par une masse constituée seulement par de grandes cellules étoilées, munies de prolongements anastomosés

entre eux et présentant tous les caractères des cellules qu'on trouve entre les lames de la cornée normale.

Il ne s'agissait donc pas d'un sarcome puisqu'il n'existait ni cellules rondes, ni cellules fusiformes, ni cellules pigmentées, ni myéloplaxes, caractéristiques de ce genre de tumeurs.

Il ne s'agissait pas non plus d'un fibrome qui se serait caractérisé par la présence de fibres plus ou moins disposées en faisceaux ou en tourbillons. L'absence remarquable du tissu fibreux, au contraire, dans le cas qui nous occupe réduit à néant l'hypothèse de Lagrange, d'après laquelle les myxomes cornéens commenceraient par être « des fibromes purs » qui subiraient plus tard la dégénérescence muqueuse.

La présence des vaisseaux, cependant assez nombreux, pouvait-elle encore faire penser à une tumeur vasculaire ? Non, car les vaisseaux néoformés ne présentaient nullement, nous l'avons dit, un caractère télangiectasique, et, loin de tenir une place essentielle dans la tumeur, semblaient n'y jouer qu'un rôle accessoire.

Enfin, l'âge du sujet (66 ans), et l'état parfaitement normal de la cornée avant le traumatisme, permettent d'écarter d'emblée l'hypothèse d'un tératome.

Il ne pouvait donc s'agir que d'un myxome interstitiel pur dont l'existence se trouve ainsi maintenant bien établie.

Bien que la rareté du fait ne nous permette pas de nous livrer à de vastes considérations générales, la tumeur qui a fait l'objet de la précédente étude peut servir de type pour la description de ce genre d'affections.

Ce que nous en avons dit précédemment va nous permettre de résumer brièvement les symptômes et le diagnostic du myxome cornéen et d'en indiquer le pronostic et le traitement.

---

### CHAPITRE III

---

#### Symptômes, diagnostic, pronostic et traitement du myxome de la cornée

---

Le myxome de la cornée peut se développer à la suite d'une lésion cornéenne, consécutive à un traumatisme accidentel ou à une intervention locale.

Cependant il semble bien que le traumatisme ne soit que l'occasion de la production de la tumeur sans en être la cause proprement dite. La cicatrice, en effet, n'intervient aucunement d'une manière directe dans la formation du néoplasme. Il semble même que la zone cicatricielle constitue un terrain défavorable à son développement.

*Symptômes.* — Le myxome débute par un léger épaissement de la cornée en un point variable, épaissement qui augmente progressivement et gagne aussi en étendue. En même temps l'acuité visuelle de l'œil atteint commence à diminuer ; mais il n'y a généralement ni gonflement, ni rougeur, ni douleur, ni photophobie.

A la *période d'état*, on peut décrire deux aspects différents du myxome :

Dans le premier, la tumeur peut être plus ou moins pédiculée et forme alors une sorte de polype rougeâtre,

mou, élastique, luisant, très vascularisé, agité sans cesse par les mouvements de la paupière et pouvant contenir quelques petits kystes. A l'entour du pédicule la cornée paraît saine.

Dans la deuxième forme, la tumeur peut au contraire ne pas se pédiculiser, mais s'épaissir simplement pour constituer comme une lentille biconvexe, saillante en avant, opaque, blanchâtre, d'une dureté cartilagineuse, à parois lisses et régulières, présentant au premier abord l'aspect d'un kératoglobe.

Dans les deux cas, d'ailleurs, l'œil est injecté, larmoyant, photophobe, mais ces caractères peuvent varier et présenter des rémittences. Les conjonctives, les paupières et les voies lacrymales restent intactes.

Les douleurs sont variables, généralement peu intenses, sauf dans la deuxième forme que nous avons décrite (cas du D<sup>r</sup> Bussy), car alors l'hypertension intraoculaire peut être considérable.

On peut noter parfois l'insensibilité cornéenne.

L'acuité visuelle baisse progressivement jusqu'à se restreindre à la perception lumineuse ou même jusqu'à devenir nulle.

Tels sont les symptômes généraux, objectifs et subjectifs, du myxome cornéen. Mais il sera pratiquement très difficile d'échafauder sur eux un diagnostic sûr. Celui-là ne pourra souvent se révéler avec certitude qu'à l'examen histologique.

*Diagnostic.* — Le myxome de la cornée étant une affection extrêmement rare, il faudra le diagnostiquer des autres tumeurs (conjonctives ou épithéliales) et aussi des

nombreuses variétés de lésions inflammatoires (taies, ectasies, kératites...).

La *kératite phlycténulaire* sera facilement éliminée dès le premier examen.

Le lymphatisme, une fièvre éruptive, une blépharite ciliaire chronique, un impétigo, un ozène, etc... éclaireront le diagnostic étiologique.

De plus, l'affection revêt une allure aiguë ou subaiguë qui ne peut prêter à confusion.

Les phlyctènes plus ou moins abondantes peuvent bien s'entourer d'une zone d'infiltration plus ou moins marquée ; mais celle-ci, très passagère d'abord, ne saurait être comparée à l'épaisse infiltration néoplasique du myxome, sans cesse en progression.

Enfin, dans cette forme de kératite, la photophobie, la douleur et le larmolement sont vraiment disproportionnés avec les lésions.

L'examen histologique montre d'ailleurs entre l'épithélium cornéen et la membrane de Bowmann de petites vésicules pleines d'un liquide séreux contenant d'abondants leucocytes. Après suppuration, ces vésicules peuvent en certains cas aboutir à une perforation de la cornée.

Le *pannus tenuis* et le *pannus crassus* ne peuvent être non plus confondus avec le myxome cornéen :

Le premier, en effet, est généralement secondaire à une kératite phlycténulaire ; le second est parfois une complication du trichiasis ou de l'entropion, mais surtout de l'ophtalmie granuleuse. Et cela suffirait à éclairer le diagnostic dès le début.

Au surplus, le tissu de néoformation très vascularisé, souvent assez épais, ne se forme pas aux dépens du parenchyme de la cornée ; il est formé par l'accumulation sous-épithéliale de cellules migratrices qui ne se transforment qu'ensuite en tissu conjonctif.

La *kératite interstitielle*, plus intéressante que les affections précédentes, sera tout aussi facilement dépistée.

Elle siège bien dans le parenchyme même de la cornée et présente bien une évolution relativement lente, mais la notion de syphilis antérieure sera la première pierre d'achoppement.

De plus, le début de la kératite interstitielle se fait généralement par de petites taches très rapprochées, s'étendant de plus en plus, bientôt confluentes, qui finissent par recouvrir uniformément la cornée d'un voile grisâtre.

Les deux yeux sont successivement atteints.

Enfin, sous l'action d'un traitement spécifique bien compris, les phénomènes rétrocedent relativement vite. En tout cas, on n'observe jamais d'épaississement de la cornée tel que ceux décrits dans nos deux cas de myxome.

D'ailleurs, au point de vue histologique même, le diagnostic ne présente aucune difficulté. Le stroma cornéen est infiltré, certes, mais cette infiltration séreuse occupe surtout les couches postérieures dont les fibres sont dissociées par des lacunes remplies de liquide et de cellules inflammatoires.

Certaines *taies de la cornée*, assez étendues, doivent aussi être éliminées du diagnostic. On se trouve en effet parfois en présence de taches cornéennes diffuses, à demi

transparentes ou même opaques, blanchâtres, plus ou moins sclérosées.

Mais il existe toujours la notion d'un traumatisme ou d'une kératite parenchymateuse antérieure, et jamais on ne trouve d'épaississement important ni de néoformation caractéristique d'une tumeur.

Dans les *staphylomes*, on a également la notion d'une lésion cornéenne antérieure, avec polapsus iridien.

Les lésions progressent de la périphérie vers le centre et la cornée est bientôt remplacée par un tissu cicatriciel opaque qui lui donne une forme sphérique ou, le plus souvent, conique.

L'épaississement, quoiqu'assez marqué, n'est jamais aussi considérable que ceux notés dans les cas de myxome.

L'examen histologique montre un tissu cicatriciel fasciculé pouvant contenir des grains pigmentaires, des débris atrophiés d'iris, des corps calcaires ou hyalins. Il y a enfin des lésions iriennes et cristalliniennes.

En somme, le diagnostic du myxome avec les lésions cornéennes d'origine inflammatoire est assez aisé. Il n'en est pas de même du diagnostic avec les autres tumeurs de la cornée. Ce dernier est plus délicat et ne peut, le plus souvent, être précisé que par un examen histologique attentif. Ceci est surtout vrai des tumeurs conjonctives : kystes, fibromes, sarcomes.

Dans le cas de Mitvalsky, par exemple, la tumeur pédiculée présentait à son extrémité de petites cavités kystiques qui tour à tour se vidaient, causant un changement continu d'aspect du néoplasme. S'agissait-il d'une néoformation kystique véritable ?

Assurément non : le *kyste conjonctival*, situé dans la substance même de la cornée, se présente sous la forme d'une vésicule de quelques millimètres de diamètre, non pédiculée, assez résistante pour n'être pas d'autre part confondue avec une prolifération épithéliale. Sa ponction donne issue à un liquide clair, et, après excision de la paroi, le liquide ne se reproduit pas et le kyste guérit.

A l'examen histologique, ces tumeurs liquides sont limitées par une paroi propre, alors que dans le myxome signalé par Mitvalsky, par exemple, les parois du kyste étaient constituées seulement par la compression du tissu muqueux et non pas par un tissu nettement différencié.

Les *fibromes cornéens* se présentent sous la forme de petites tumeurs lissés pouvant atteindre 7 à 8 millimètres de hauteur et 4 à 5 de largeur, et développées généralement sur un tissu leucomateux cicatriciel.

Entourés d'une cornée trouble, assez abondamment irriguée par de nombreux vaisseaux venus de la conjonctive bulbaire, ils offrent le plus souvent un aspect lisse, rose pâle, mais aussi parfois une teinte blanc opaque pouvant prêter à confusion.

Ce n'est guère que par l'examen histologique que le diagnostic ferme peut être posé :

Au-dessous d'une couche épithéliale normale, on trouve alors le tissu conjonctif néoformé dont les faisceaux de fibres peuvent affecter des dispositions diverses, parfois s'entrecroisant en tous sens, d'autres fois se tordant en tourbillons.

Nulle part on ne note de liquide muqueux ni de cellules étoilées.

Les *sarcomes* se distinguent d'abord par leur fréquence relative : Rumschewicht, Blanquinque, Chatinière, Donnadson, Gonin, Lagrange, d'autres auteurs encore, en ont signalé quelques cas.

Ils se présentent presque tous soit sous la forme d'un champignon d'aspect lisse, gris ardoisé, résistant, insensible, soit sous la forme d'une élévation framboisée, dure, reliée à la conjonctive par un léger pinceau vasculaire. Ces tumeurs sont malignes et évoluent rapidement. Opérées, elles peuvent récidiver.

L'examen histologique montre la présence soit de petites cellules en fuseau, à noyau ovalaire, accolées en faisceaux pour former une sorte de feutrage, soit de petites cellules rondes, à peine plus volumineuses que des lymphocytes, dont le noyau arrondi est entouré d'une mince couche protoplasmique hérissée de petites pointes.

Enfin, on pourra noter parfois la présence de myéloplaxes ou de pigments mélaniques, ou encore un développement télangiectasique des vaisseaux.

Reste le diagnostic avec les tumeurs épithéliales :

On ne confondra pas le myxome avec ces petites *plaques écailleuses*, blanchâtres, que l'on trouve parfois sur la cornée. Ces petites écailles, capables de provoquer une plus ou moins grande irritation locale, peuvent aussi se détacher spontanément, laissant au-dessous d'elles une cornée saine.

On ne le confondra pas non plus avec une *opacité verruqueuse* ; assez proéminente, raboteuse, cette néoformation est le plus souvent consécutive à une ophtalmie.

L'examen histologique pratiqué montre d'ailleurs que

la verrue est constituée par une simple prolifération épithéliale.

Les genres de néoformations épithéliales précédentes revêtent un caractère extrêmement bénin et la cornée après leur ablation conserve le plus souvent une apparence presque normale.

Les *papillomes* cornéens, déjà plus intéressants, forment de petites tumeurs gris rosé, d'un aspect lobulé caractéristique ; ils prennent naissance généralement sur le limbe ou dans son voisinage immédiat et la conjonctive peut être plus ou moins envahie.

Les papillomes peuvent proliférer abondamment et assez rapidement pour former une sorte de chou-fleur qui s'ulcère avec la plus grande facilité.

Après excision de la tumeur, la transparence cornéenne est, ici encore, assez bien conservée.

La coupe histologique montre d'ailleurs que le papillome se développe en avant de la membrane de Bowmann. Elle est constituée par un tissu cellulaire lâche, abondant, et par des colonnes conjonctives accompagnant les vaisseaux venus du limbe.

Les *épithéliomes* cornéens, enfin, se rencontrent assez fréquemment et présentent une évolution maligne assez rapide.

Ils forment des tumeurs dures, lobulées, rouge pâle ou rosâtres, à pédicule court et épais, formant un champignon qui peut obturer toute la fente palpébrale.

Anatomiquement, cette tumeur est formée d'éléments épithéliaux et embryonnaires, de cellules polygonales à gros noyaux.

On peut parfois trouver la membrane de Bowmann largement détruite et constater la pénétration légère du néoplasme dans le parenchyme de la cornée ; l'origine épithéliale de la tumeur n'en est pas moins évidente.

*Pronostic.* — Le pronostic immédiat du myxomé de la cornée est bénin ; le myxome ne paraît pas, en effet, revêtir une malignité particulière. Mais, outre la baisse de l'acuité visuelle qui généralement finit par atteindre zéro, après avoir été réduite à la seule perception lumineuse, certains cas peuvent provoquer une gêne considérable par leur exubérance (cas de Mitvalsky) ou causer au malade, par suite de l'hypertension du globe (cas du D<sup>r</sup> Bussy), une douleur telle que l'énucléation s'impose.

*Traitement.* — Peut-être pourrait-on tenter la cure du myxome par la radiothérapie. Quel en serait le résultat ? Nous ne saurions le dire et, étant donnée la rareté du myxome cornéen, cette thérapeutique ne peut être facilement mise au point ni bénéficier d'une longue expérience.

On pourra tenter l'excision de la tumeur par amputation du segment antérieur, mais, le plus souvent, cette opération conservatrice ne présentant pas d'avantages essentiels, on devra se résoudre à l'énucléation totale.

---

## CHAPITRE IV

---

### Conclusions

---

I. — Le myxome pur de la cornée est une tumeur excessivement rare.

II. — Le myxome pur de la cornée a pourtant une existence propre bien démontrée (cas de Mitvalsky et de Bussy). Il est caractérisé histologiquement par des cellules étoilées à prolongements anastomosés entre eux et par la présence, à l'intérieur du réseau ainsi formé, d'un liquide muqueux bien défini à l'examen histochimique.

III. — Les symptômes objectifs et subjectifs du myxome cornéen pur (tumeur pédiculée, molle, vasculaire, ou tumeur tenticulaire, dure, blanchâtre ; œil injecté, larmoyant, photophobe, douleurs variables) ne peuvent suffire à un diagnostic précis.

IV. — Le diagnostic symptomatique et histologique devra être fait avec les diverses lésions inflammatoires d'origine syphilitique ou traumatique (staphylome, leucome, kératites diverses...) ; avec les autres tumeurs conjonctives, comme les kystes, les fibromes, les sarcomes ; avec les tumeurs épithéliales, surtout les papillomes et les épithéliomes.

V. — Le myxome de la cornée comporte comme pronostic la perte de la vision pour l'œil atteint.

VI. — On pourra tenter le traitement du myxome cornéen par la radiothérapie, mais le plus souvent on devra recourir à l'intervention chirurgicale : amputation du segment antérieur ou énucléation.

*Le Président de la Thèse*

*Signé : Et. ROLLET.*

Vu : Le Doyen,

*Signé : Jean LÉPINE.*

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Lyon le 7 juin 1923,

*Le Recteur, Président de l'Université,*

*Signé : CAVALIER.*

---



## BIBLIOGRAPHIE

---

- ADLER. — Myxom auf der Hornaut mit cystenartigen Hohlräumen. *Wiener medic. Wochenschrift*, 1871, p. 237.
- BARRET. — *Australian medical Journal*, 1888, p. 329.
- HIRSCHBERG et GINSBERG. — Ein seltner Fall von Hornautgeschwulst. *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, Febr. 1905, p. 33.
- LAGRANGE. — Des tumeurs primitives de la cornée. Myxomes. *Archives d'Ophthalmologie*, 1899, p. 216.
- LAGRANGE. — *Traité des tumeurs de l'œil*, tome I, p. 200 et passim. Paris, 1901.
- MITVALSKY. — Sur les myxomes de la cornée. *Archives d'Ophthalmologie*, 1894, p. 480.
- MORAX. — Tumeurs. Fibromyxomes. *Pathologie Oculaire*, p. 179. Paris 1921.
- SIMON. — Ein Fall von cornealen Neubildungen. *Centralblatt für praktische Augenheilkunde*, Juli 1892.
- DE WECKER et LANDOLT. — Tumeurs de la cornée. *Traité d'Ophthalmologie*, tome II, p. 209. Paris 1886.

## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CHAPITRE PREMIER. — Aperçu sur le myxome en général.                                         | 9  |
| CHAPITRE II. — Le myxome de la cornée existe-t-il ?....                                      | 12 |
| CHAPITRE III. — Symptôme, diagnostic, pronostic et<br>traitement du myxome de la cornée..... | 27 |
| CHAPITRE IV. — Conclusions.....                                                              | 36 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                          | 39 |

---



